

(様式1)

# 聖隷福祉事業団 施設入居申込書

(表)

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 様

申込日：西暦 年 月 日

\*入居を希望する施設の( )に○をしてください。  
\*複数の施設を希望される場合は、希望施設順に( )欄に数字をお書きください。

( ) 特別養護老人ホーム 宝塚栄光園 のみ【個室 / 多床室】希望部屋に○を付けてください	
( ) 特別養護老人ホーム 花屋敷栄光園	( ) 介護付有料老人ホーム 結いホーム宝塚
( ) 特別養護老人ホーム 宝塚すみれ栄光園	( ) 介護付軽費老人ホーム ケアハウス宝塚

## 入居希望者(申込者)

フリガナ			保険者	市・町	
氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
性別	男・女	認定有効期間	年	月	日
現住所	〒		要介護度	自立・要支援1・要支援2 要介護 1・2・3・4・5	
	電話番号 ( )		年 月 日 ~ 年 月 日		

注：介護保険証を転記してください。  
\*下記の書類を添付してください。

	特別養護老人ホーム	結いホーム宝塚 ケアハウス宝塚
①入居申込書(様式1)	○	○
②現在の状況表(様式2)	○	○
③介護保険証(写)	○	○※
④介護支援専門員等意見書(様式3)	○	/
⑤認定情報(事務局用)(写)(介護保険証に記載のある市町村の介護保険担当課へ申請して下さい。)	○	
⑥在宅サービスをご利用のかたは、直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)	○	

※要介護認定を受けておられる方のみ

## 申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

フリガナ			入居希望者との続柄	
氏名				
住所	〒		電話番号	携帯番号
E-mail			@	
紹介経路	1. ケアマネジャー 2. 病院( ) 3. 家族・知人 4. 施設ホームページ 5. 老人ホーム検索サイト 6. その他( )			

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。  
なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

## 事務処理欄

初回申込日：西暦 年 月 日	今回受付日：西暦 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法：来所・郵送・	意思確認：西暦 年 月 日

裏に続く

時 期	早急 ・ (西暦) 年 月以降 申込予定： 貴施設のみ ・ 他にも申込む ヶ所 (予定)				
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“√”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇ 施設名又は病院名： ( ) *現在の施設・病院利用時期： 年 月 月 *継続施設・病院利用総期間： 年 月 月				
入居希望理由 (該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入居により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退居を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書きください)  ( )				
特養入居特例入居該当理由 要介護1又は要介護2の方は、該当項目を全て選んで下さい	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 4 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難				
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名		男・女		電話番号
主たる介護者	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所： )			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
主たる介護者	意見	【介護をしている上で困っている事等】			
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入居判定に必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入居申込者の入居判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入居申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。				
同意書	西暦	年	月	日	氏名